

Dialyse rénale chronique chez les personnes très âgées

Le grand âge n'est pas à lui seul un critère éthiquement acceptable d'accès ou non à la dialyse, d'autant que les résultats de l'épuration extrarénale après 80 ans sont encourageants en termes de survie et de qualité de vie. La non-décision de dialyse ou son arrêt si des troubles cognitifs ou somatiques existent, apparaissent ou s'aggravent, doivent être particulièrement argumentés.

Dominique Joly *

Toutes les données démographiques récentes soulignent le vieillissement de la population au sein des pays industrialisés. Parallèlement, le nombre de patients âgés traités pour insuffisance rénale chronique terminale augmente régulièrement (*v.* page 2230). Au cours des 20 dernières années, l'accès des sujets âgés à l'épuration extrarénale chronique a soulevé de nombreuses interrogations d'ordre médical, éthique, et socio-économique. Beaucoup de non-spécialistes et quelques néphrologues étaient en particulier réticents à mettre en route un traitement lourd et coûteux chez les patients « très âgés » (plus de 80 ans) du fait des nombreuses comorbidités et d'une espérance de vie réputée faible. Nous évoquerons ici principalement les problèmes spécifiques posés par l'insuffisance rénale chronique terminale des octogénaires. Les études dédiées à cette population sont encore peu nombreuses, et quelques incertitudes subsistent. Malgré tout, les résultats globaux de la dialyse sont encourageants, et nous commençons à entrevoir, outre les particularités épidémiologiques et cliniques, les éléments du pronostic vital et fonctionnel qui déterminent les choix médicaux dans cette catégorie d'âge.

OCTOGÉNAIRES EN INSUFFISANCE RÉNALE PRÉTERMINALE

Une population sélectionnée ?

Les patients très âgés atteignant le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique ont un profil de comorbidités et de prise en charge néphrologique particuliers, suggérant qu'il pourrait s'agir d'une population sélectionnée. Leur comorbidité vasculaire est forte, favorisée par l'âge, les facteurs de risque vasculaire classiques, et l'athéromatose accélérée liée à l'insuffisance rénale chronique ; sur 146 octogénaires dans cette situation examinés à Necker entre 1989 et 2000, 44 % avaient une cardiopathie ischémique, 43 % une insuffisance cardiaque, 25 % un trouble du rythme cardiaque, 21 % une artérite périphérique, 19 % un antécédent d'accident cérébral. En revanche, la prévalence du diabète était assez faible (9 %), ainsi que celle des troubles cognitifs sévères (6,5 % des patients, contre 14 % dans la population générale du même âge).¹ D'autres équipes ont signalé une prévalence réduite de certaines comorbidités (troubles cognitifs sévères, diabète, insuffisance respiratoire, artérite) chez les octogé-

* Service de néphrologie, hôpital Necker, 75743 Paris Cedex 15. Courriel : joly@necker.fr

CE QUI EST NOUVEAU

- En 2003, près de 4 000 patients de plus de 80 ans étaient dialysés de façon chronique en France : 86 % par hémodialyse et 14 % par dialyse péritonéale.
- Les survies médianes des dialysés très âgés récemment rapportées sont encourageantes, et plusieurs éléments prédictifs d'une survie prolongée ont été identifiés : prise en charge néphrologique précoce, bon état nutritionnel, absence de dépendance fonctionnelle, bon état cardiovasculaire.
- L'évaluation de la qualité de vie, la prise en charge des troubles psychiques et sociaux, et la mise en place de réseaux de soins adaptés restent à optimiser.

naires au début de la mise sous dialyse, comparativement à des patients moins âgés. Ces profils de comorbidité particuliers peuvent s'expliquer par un manque d'acuité diagnostique (en particulier à l'égard des troubles cognitifs, régulièrement méconnus ou sous-estimés), par un désavantage de survie lié à certaines pathologies (notamment le diabète), mais aussi par une « sélection » des patients en amont de la consultation de néphrologie. Il est probable, en effet, que de nombreux octogénaires atteignent le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique et décèdent sans avoir bénéficié d'une prise en charge néphrologique. Aucune donnée épidémiologique fiable ne nous permet de mesurer l'ampleur de ce phénomène. Deux enquêtes, effectuées auprès de médecins généralistes britanniques² et canadiens,³ ont montré que les patients étaient d'autant moins volontiers adressés au néphrologue que leur âge était avancé et (ou) leur comorbidité forte. Dans leurs trois dernières années d'exercice, 13 à 19 % des généralistes et 44 % des internistes nord-américains interrogés avaient décidé de ne pas solliciter un néphrologue devant une insuffisance rénale chronique terminale.^{3,4} Selon les enquêtes et les pays, 12 à 63 % des généralistes pensent que l'on peut être « trop âgé pour la dialyse ». La courte espérance de vie et la lourdeur des soins en dialyse sont régulièrement évoqués.

Une prise en charge spécialisée trop tardive ?

Lorsqu'elle a lieu, la prise en charge néphrologique des octogénaires est souvent trop tardive. La proportion d'octogénaires en insuffisance rénale chronique terminale vus tardivement par le néphrologue (moins de 4 mois avant le début de la dialyse) est élevée dans notre expérience (34 % des patients). On ignore cependant si le grand âge est un facteur de risque indépendant de prise en charge spécialisée tardive. On ne sait pas non plus si le grand âge est associé à une moins bonne prise en charge spécialisée diagnostique ou thérapeutique de l'insuffisance rénale chronique avancée. On sait cependant que la prise en charge néphrologique tardive modifie les choix thérapeutiques, augmente la morbidité et la mortalité.

DIALYSE OU TRAITEMENT CONSERVATEUR ?

Dans une étude française publiée en 1990,⁵ 1,5 % des 185 néphrologues interrogés se disaient prêts à ne pas débiter un programme de dialyse chronique chez les patients âgés de 80 à 85 ans, ce pourcentage augmentant à 11 % pour les patients âgés de 85 à 90 ans et à 26 % au-delà de 90 ans. Les intentions sont-elles les mêmes 15 ans plus tard ? A priori, la majorité des experts s'accordent à dire que l'âge ne peut pas constituer à lui seul un critère éthiquement acceptable d'accès ou non à la dialyse. En France, dès 1996, le rapport de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) ne mentionnait pas l'âge, et soulignait que, en dehors de certaines affections très évoluées avec cachexie majeure ou de certaines démences, il était difficile de retenir des situations de véritable contre-indication et de refuser le bénéfice de la dialyse sans un avis néphrologique. Les meilleurs experts indiquent que l'existence d'une démence, d'une dénutrition massive, d'une néoplasie évolutive ou d'une perte d'autonomie peut inciter à ne pas commencer une épuration extrarénale chez ces patients.^{5,6} Plusieurs enquêtes d'intention ont révélé que les troubles cognitifs étaient au premier rang des éléments amenant à discuter l'abstention des dialyses,⁷ devant la perte d'autonomie physique et la lourdeur de la comorbidité.

Ces caractéristiques cliniques, unanimement citées par les experts et par les néphrologues lors d'enquêtes d'intention, jouent-elles un rôle dans les propositions médicales faites aux octogénaires arrivant au stade terminal de l'insuffisance rénale chronique ? Au cours d'une étude rétrospective, de façon inattendue, la démence avérée était statistiquement aussi fréquente dans le groupe « proposition de traitement conservateur » que dans le groupe « proposition de dialyse », de même qu'il n'y avait pas de différences entre les deux groupes en termes d'état nutritionnel, de score de Karnofsky, de score de comorbidité, ou de proportion de néoplasies évolutives. En revanche, deux caractéristiques cliniques étaient fortement associées au choix, par l'équipe médicale, d'un traitement conservateur : l'isolement social (43 % contre 14 %, $p = 0,003$) et la prise en charge néphrologique tardive (inférieure à 4 mois ; 51 % contre 29 %, $p = 0,01$).¹ Ces résultats suggèrent que, au-delà du poids de la polypathologie et des infirmités, la qualité de l'entourage est déterminante pour la décision de mise en dialyse d'un vieillard.

TRAITEMENT CONSERVATEUR : CHOIX, MODALITÉS ET RÉSULTATS

Dans notre expérience, la décision de ne pas commencer la dialyse et d'instaurer un traitement purement conservateur de l'insuffisance rénale chronique terminale a été prise chez près de 30 % des octogénaires en insuffisance rénale terminale. Si cette décision a parfois été prise unilatéralement par

le patient, malgré une information objective et renouvelée, elle a, dans la majorité des cas, été prise par l'équipe médicale, exposée au patient et (ou) à sa famille, et acceptée.

Le traitement conservateur consiste en une prise en charge symptomatique de l'insuffisance rénale chronique terminale, visant à traiter au mieux l'anémie, la surcharge hydrosodée, les troubles hydroélectrolytiques, la dénutrition, la douleur. En fin de vie, un séjour hospitalier prolongé est parfois la seule solution, mais le plus souvent le traitement conservateur peut être organisé au domicile, avec l'aide du médecin traitant, des aidants familiaux et professionnels, et avec la possibilité de visites de contrôle mensuelles en hôpital de jour de néphrologie.

Nous avons rapporté une survie médiane d'environ 9 mois (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 4 à 10 mois) en cas de traitement conservateur (fig. 1). La proportion relativement importante de décès précoces par urémie ou par œdème pulmonaire suggère que la survie aurait pu être significativement prolongée par la dialyse. À l'inverse, des survies relativement prolongées ne sont pas impossibles (15 % à 24 mois), en particulier si la fonction rénale ne se dégrade que très lentement au fil du temps.¹

DIALYSE : MODALITÉS ET RÉSULTATS

Choix du mode de traitement

En cas de prise en charge néphrologique tardive, la seule option possible initialement est l'hémodialyse, qui peut être débutée en urgence et à l'aide de cathéters veineux centraux, tandis que la dialyse péritonéale nécessite des préparatifs assez longs. Si le patient est vu précocement par le néphrologue, le choix entre les deux techniques est fonction des possibilités, des compétences locales, et des choix du patient. Chez les octogénaires, l'hémodialyse chronique se pratique habituellement dans un centre lourd (obligeant à trois déplacements hebdomadaires), tandis que la dialyse péritonéale peut être intégralement effectuée au domicile. Aucune des deux méthodes n'a démontré sa supériorité en termes de survie

chez les octogénaires ; deux études suggèrent cependant que la survie des patients âgés de plus de 65 ans pourrait être meilleure en hémodialyse, en particulier en cas de diabète et de comorbidité associée.^{8,9} Concernant la satisfaction des patients et la qualité de vie, les enquêtes comparant dialyse péritonéale et hémodialyse souffrent de nombreux biais, et il n'y a pas d'informations concernant spécifiquement les sujets très âgés. L'une des deux techniques est-elle plus appropriée chez les sujets très âgés atteints de troubles cognitifs ? La question reste posée, même si plusieurs études ont montré que l'hémodialyse est associée à d'importantes fluctuations des performances psychométriques (notamment mnésiques) au cours et au décours de la séance de dialyse, alors que ces mêmes paramètres sont remarquablement stables en cas de dialyse péritonéale.¹⁰

Globalement, l'hémodialyse est la technique de dialyse la plus utilisée chez les octogénaires, mais la dialyse péritonéale est proportionnellement plus développée dans ce groupe d'âge. En 2003, la dialyse péritonéale représentait, en France, 16 % du mode de prise en charge dialytique chez les sujets de plus de 80 ans, contre 10 % tous âges confondus.

Durée de survie

Dans une série française du début des années 1990, la mortalité précoce (lors des 90 premiers jours de dialyse) était de 15 % dans la tranche d'âge 65-75 ans, 20 % entre 79 et 84 ans et 30 % chez les patients de plus de 84 ans. Dans notre expérience, la mortalité initiale des octogénaires en dialyse est forte (20 % à 3 mois) et, globalement, la survie médiane est de 28,9 mois (IC à 95 % : 24-38) [fig. 1], c'est-à-dire comparable aux résultats rapportés dans plusieurs séries de patients âgés de plus de 75 ou 80 ans traités par hémodialyse¹¹⁻¹³ ou par dialyse péritonéale.¹⁴ L'espérance de vie des octogénaires dialysés est donc à peu près égale à un quart à un tiers de l'espérance de vie de la population générale dans cette tranche d'âge. Ces résultats sont nettement plus encourageants que ceux publiés par d'autres auteurs, en majorité anglo-saxons.

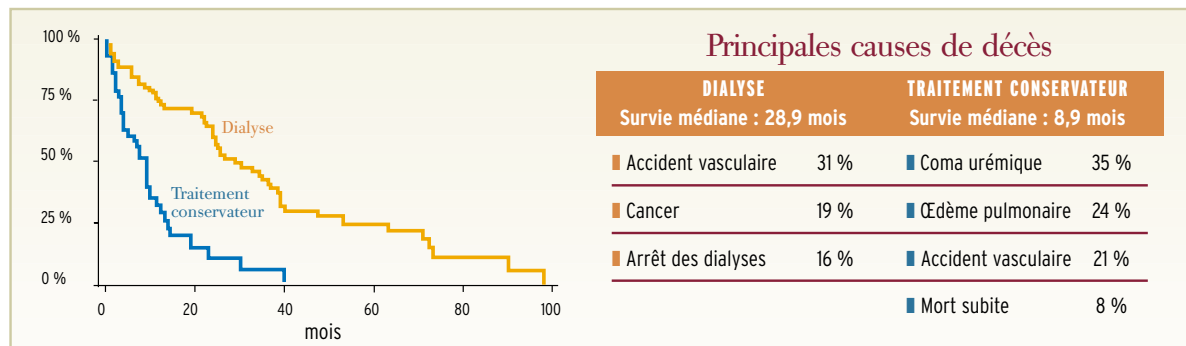


Figure 1 Survie actuarielle des octogénaires atteignant le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique traités par dialyse ou par traitement conservateur. Les médianes de survie et les principales causes de décès sont indiquées pour chacun des groupes. D'après la réf. 1.

Facteurs prédictifs de survie

Selon les recommandations établies conjointement par deux sociétés nord-américaines de néphrologie (RPA/ASN), les patients atteignant le stade préterminal de l'insuffisance rénale chronique (et [ou] leur famille) devraient recevoir des informations détaillées sur leur pronostic vital avant de discuter de l'opportunité de mettre en route la dialyse et de prendre une décision « partagée » avec le médecin.¹⁵ Cependant, les principaux protocoles de catégorisation du risque vital chez les dialysés n'ont pas été conçus pour répondre au problème spécifique des patients très âgés. Dans ce groupe d'âge, nous avons récemment identifié trois prédicteurs indépendants de la mortalité durant la première année de dialyse : le statut nutritionnel (réduction du risque de décès de 17 % par point d'index de masse corporelle), la prise en charge néphrologique tardive (inférieure à 4 mois, risque vital augmenté de 128 %) et la dépendance fonctionnelle (score de Karnovsky, inférieur ou égal à 40, risque vital augmenté de 134 %). À partir de ces trois paramètres, nous avons construit une équation prédictive du taux de survie à un an, les prévisions variant de 15 à 83 % (fig. 2). Si la question de la survie est débattue, ces informations pronostiques sont utilisables pour aider le patient, son entourage et le médecin à prendre une décision « partagée » quant à la dialyse. Au-delà de la première année de dialyse, les facteurs prédictifs de survie changent ; la comorbidité cardiovasculaire (et notamment l'existence d'une artérite des membres inférieurs) devient de très loin le principal élément prédictif des décès. Mais, au-delà de la prolongation de la vie, la majorité des patients très âgés ainsi que leurs proches souhaitent prendre en compte la qualité de vie prévisible en dialyse.

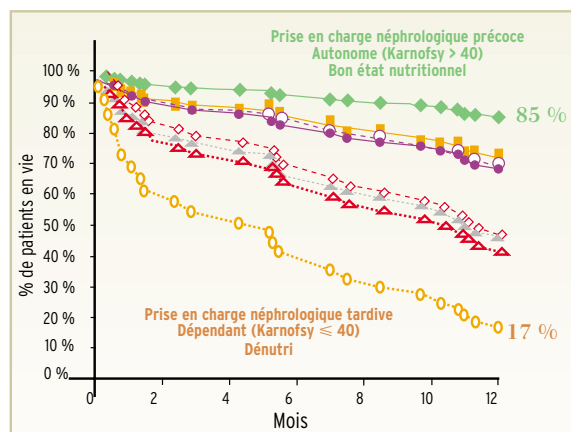


Figure 2 Prédicteurs de la mortalité en dialyse après 80 ans en fonction de trois covariables indépendantes (prise en charge néphrologique précoce ou tardive, score de Karnovsky > 40 ou ≤ 40, état nutritionnel bon ou mauvais) définissant huit catégories pronostiques. Seules les deux catégories extrêmes sont explicitées. D'après la réf. 1.

Qualité de vie

Plusieurs études rétrospectives ont grossièrement évalué la qualité de vie en utilisant des marqueurs indirects tels que le nombre de séjours hospitaliers, les durées d'hospitalisation, ou le score fonctionnel de Karnovsky ; sans surprise, les résultats sont moins bons que ceux observés dans la population générale, mais aucun de ces marqueurs indirects simples ne peut rendre compte de la façon dont le traitement est vécu. Lorsque des indices de satisfaction de vie sont utilisés, la perception de la dialyse par les sujets âgés est positive. Plus de deux tiers d'entre eux ont un indice de satisfaction élevé et estiment leur état de santé amélioré par rapport à ce qu'il était avant l'instauration de l'épuration extrarénale.¹⁶ Au sein d'une vaste cohorte de dialysés de plus de 70 ans, la perception de la qualité de vie « physique » est inférieure à celle de la population générale de même âge ; en revanche, le score de qualité de vie « mentale » est comparable chez les dialysés et chez les sujets contrôles, que ce soit à court terme (3 mois) ou après plusieurs années.¹⁷ De même, 80 % des patients hémodialysés de plus de 80 ans recommanderaient la dialyse à des malades de leur âge, alors que seulement 12,5 % leur recommanderaient de refuser ce traitement.

Le cas particulier des troubles cognitifs

Le terme de troubles cognitifs recouvre une grande variété de situations cliniques. Des troubles cognitifs modérés, chez un patient paisible et entouré sont compatibles avec la dialyse. À l'inverse, chez un patient atteint de troubles cognitifs sévères, agité et dépendant, l'épuration extrarénale, vécue comme acharnement thérapeutique inutile, n'est habituellement pas proposée ou poursuivie. La dialyse, si elle est décidée, peut-elle faire régresser les troubles cognitifs d'un octogénaire ? Une discussion approfondie avec l'entourage du patient est indispensable car, en retraçant l'évolution récente des troubles physiques et psychiques, on peut parfois mieux faire la part entre encéphalopathie urémique et troubles cognitifs dégénératifs irréversibles. Mais cette distinction est délicate, et beaucoup d'équipes proposent en pratique de commencer les dialyses à titre d'essai, pour une période de 1 à 3 mois : outre une épuration extrarénale de bonne qualité, l'équipe soignante essaie de corriger aussi complètement que possible les anomalies biologiques et somatiques, et propose une prise en charge de l'ensemble des handicaps du patient. Malheureusement, cette pratique n'a jamais été ni formalisée ni évaluée, de sorte qu'au début de la dialyse, établir le pronostic des troubles cognitifs reste souvent hasardeux.

Enfin, chez un patient dialysé initialement indemne de tout trouble cognitif, l'apparition et la progression d'une démence sont fréquentes, et parfois précoces. D'après les données du registre américain USRDS, l'incidence des troubles cognitifs sévères en dialyse est de 6,4 % au cours de la première année de dialyse, et de 6,5 % au cours de la deuxième année ; pour la population des octogénaires, les chiffres sont de 9,1 et de 9,2 % respectivement. Les

Quel est le rôle des réseaux de santé dans la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques âgés ?

La constatation d'une insuffisance rénale chez un sujet âgé est devenue fréquente avec la généralisation du calcul de la formule de Cockcroft accompagnant le dosage de la créatinine sérique. Il s'agit bien le plus souvent d'une découverte inattendue, chez des sujets sans antécédents ou maladie rénale connus, et dont la créatinine reste dans les limites de la normale pour le laboratoire. Or, si l'on se réfère aux enquêtes menées en médecine générale, la prévalence de l'insuffisance rénale (définie par un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 mL/min, soit les stades 3 et plus de la classification internationale) augmente brutalement au-delà de 65 ans au Royaume-Uni,¹ et de 70 ans en France² (tableau 1). Les différences entre les résultats de ces études observationnelles sont vraisemblablement liées à la méthodologie utilisée, l'étude anglaise étant basée sur la collecte systématique de données à partir des dossiers médicaux informatisés des médecins généralistes (500 dossiers), et l'étude française sur le recueil prospectif d'informations sur les patients ayant eu un dosage de créatinine et vus successivement en médecine générale pendant une période limitée (un peu plus de 1 000 patients). Les

indications du dosage de créatinine sont donc déterminantes dans l'évaluation de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique.

Ainsi, la population âgée est largement représentée chez les patients entrant en dialyse, dont la médiane d'âge est actuellement de 65 ans.³

Cette prévalence élevée n'est pas si surprenante si l'on considère la prévalence des facteurs de risque rénal dans cette population (hypertension artérielle, diabète, maladie vasculaire...) et la durée de l'exposition à ces facteurs. La plupart des néphropathies vasculaires ne donnent lieu qu'à des manifestations cliniques extrêmement modestes en dehors de l'hypertension artérielle, et passent longtemps inaperçues, la recherche d'anomalies urinaires à la bandelette, a fortiori la mesure de la microalbuminurie, étant encore éloignées de la routine.

Cette prévalence, lorsqu'elle résulte de l'estimation de la clairance de la créatinine par la formule de Cockcroft, soulève évidemment la question de la validité de cette formule qui, rappelons-le, n'a été mise au point que sur un nombre réduit de sujets (236) d'âge compris entre 18 et 92 ans.⁴ Cependant, de nombreuses études ont

confirmé son utilité, sinon sa précision, et cette formule doit être considérée comme un outil de dépistage, au même titre que la bandelette urinaire, plus que comme un outil de mesure. Il est certain que, chez le sujet âgé dont la masse musculaire est réduite, l'introduction du poids dans cette formule conduit souvent à une sous-estimation de la fonction rénale de l'ordre de 20 %.^{5,6}

LES DEUX OBJECTIFS DES RÉSEAUX

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge... tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins » (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Les réseaux (tableau 2) orientés vers la prise en charge de la maladie rénale chronique ont pour finalités communes de répondre aux 2 objectifs de santé publique suivants : 1. stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique ; 2. réduire son retentissement sur la qualité de vie des malades (annexe à la Loi de santé publique du 9 août 2004).

Il s'agit donc, pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique, de diminuer le nombre de patients pris en charge trop tardivement, et de développer la coordination des soins entre des professionnels de santé sensibilisés à la recherche des causes et des facteurs d'aggravation. La mise en œuvre des traitements validés a aussi pour but de prévenir et de traiter les complications et les comorbidités de l'insuffisance rénale chronique. Enfin, les réseaux aident le patient à préparer son avenir par une information précoce et adaptée qui l'aide à choisir le meilleur traitement de suppléance en fonction de ses capacités et de son mode de vie.

Prévalence de l'insuffisance rénale chronique stade ≥ 3 en médecine générale

TRANCHE D'ÂGE (ANS)	ROYAUME-UNI (%)	TRANCHE D'ÂGE (ANS)	FRANCE (%)
45 à 54	1,4	50 à 59	7
55 à 64	6,0	60 à 69	17
65 à 74	20,6	70 à 79	42
75 à 84	46,2	80 à 89	70
≥ 85	63,6	≥ 90	91

Tableau 1 Stade ≥ 3 : débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 mL/min calculée par la formule de Cockcroft. D'après les réf. 1 et 2.

Quels sont les moyens dont peuvent disposer les réseaux ?

Pour la communication entre les professionnels : un système d'information sur site Internet intégrant un dossier médical partagé, une messagerie cryptée, un annuaire des professionnels participant au réseau. L'accès à ces outils supposant une adhésion au réseau et un engagement de respect de la charte de fonctionnement, sachant que le temps consacré aux activités du réseau peut faire l'objet de dérogations tarifaires.

Pour la formation des professionnels, l'harmonisation et l'évaluation des pratiques : des référentiels pratiques et validés, des réunions de formation interprofessionnelles, les résultats de l'évaluation du réseau.

Pour le traitement des patients : un agenda de suivi prévisionnel, une éducation thérapeutique, la prise en charge de certaines prestations non remboursées, comme les consultations diététiques libérales.

Pour l'information des patients : un accueil par la structure de coordination (« guichet unique »), des réunions d'information collectives, des informations grand public accessibles sur l'Internet.

Tout cela est possible que grâce à un financement spécifique (dotation régionale de développement des réseaux [DRDR]) alloué conjointement par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), et dont le renouvellement est soumis aux résultats d'évaluations périodiques réalisées par un organisme extérieur au réseau.

LES RÉSEAUX DANS L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE ?

On voit donc que, quel que soit le cas de figure du paragraphe précédent, le sujet âgé insuffisant rénal est susceptible de retirer un bénéfice particulier de sa prise en charge dans le cadre d'un réseau de santé. En effet, en structurant une prise en charge coordonnée, multiprofessionnelle, le réseau de santé peut répondre plus efficacement aux préoccupations spécifiques à cette population.

Résumé des services offerts par un réseau de santé

Réseau TIRCEL

➔ Services aux patients

Coordination : « guichet unique » pour l'information, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins (calendrier individualisé)

Prise en charge de prestations dérogatoires : consultations diététiques, infirmières

➔ Services aux professionnels

Journées de formation : 3 par an, indemnisées ; référentiels en ligne

Système d'information : dossier médical partagé, annuaire et messagerie sécurisés

Rémunération forfaitaire des activités spécifiques au réseau

➔ Services aux établissements

Répartition de la charge de soins

Planification de l'accueil de dialyse (tableau de bord des disponibilités)

➔ Services aux institutions

Évaluation externe de l'impact médical et socio-économique

Tableau 2

- *En mettant les professionnels en garde contre la banalisation des anomalies biologiques*, génératrice de prise en charge tardive.
- *En favorisant le maintien à domicile et la préservation de l'autonomie* :
 - par la réduction des consultations hospitalières et des hospitalisations ;
 - par le développement des alternatives à l'hospitalisation, notamment l'hospitalisation à domicile ;
 - par l'information précoce du patient et de ses proches ;
 - par une orientation précoce vers une méthode de suppléance ;
 - par un accompagnement spécifique du patient et de son entourage assurant la continuité de la prise en charge, notam-

ment à l'issue d'une hospitalisation (soins de suite et moyen séjour).

– *En améliorant l'observance thérapeutique et en limitant la iatrogénie médicamenteuse* :

- par la coordination entre prescripteur, pharmacien, infirmière à domicile, d'une polymédication imposée par les pathologies multiples ;
- par un recours facilité aux consultations diététiques, afin d'éviter des interventions inappropriées sur des apports spontanés toujours fragiles.

Maurice Laville

Service de néphrologie, et réseau TIRCEL
hôpital Édouard-Herriot
UMR-MA 103, université Claude-Bernard Lyon
169437 Lyon Cedex 03
Courriel : laville@univ-lyon1.fr

1. Anandarajah S, Tai T, de Lusignan S, *et al.* The validity of searching routinely collected general practice computer data to identify patients with chronic kidney disease (CKD): a manual review of 500 medical records. *Nephrol Dial Transplant*.2005;20:2089-96.
2. Chopin-Georghiev C. Thèse de doctorat en médecine, Lyon 2005.
3. Macron-Noguès F, Vernay M, Ekong E, *et al.* The prevalence of ESRD treated with renal dialysis in France in 2003. *Am J Kidney Dis*.2005;46:309-15.
4. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron*.1976;16:34-41.
5. Cirillo M, Anastasio P, de Santo N. Relationship of gender, age, and body mass index to errors in predicted kidney function. *Nephrol Dial Transplant*.2005;20:1791-8.
6. Verhave JC, Fesler P, Ribstein J, *et al.* Estimation of renal function in subjects with normal serum creatinine levels: influence of age and body mass index. *Am J Kidney Dis*.2005;46:233-41.

L'auteur n'a pas déclaré de conflits d'intérêts.

POUR LA PRATIQUE

- Une proportion inconnue de patients très âgés atteignant le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique ne sont pas suivis en néphrologie, et plus d'un tiers des cas sont vus tardivement par le néphrologue (moins de 4 mois avant le début de la dialyse).
- La prise en charge néphrologique tardive est associée à une modification des choix thérapeutiques du spécialiste et à une augmentation de la morbidité et de la mortalité.
- La décision de ne pas commencer la dialyse n'est pas rare : elle doit idéalement être partagée entre le patient, l'équipe médicale et l'entourage.
- Après la mise en route de la dialyse chronique, la survie médiane est voisine de 30 mois, et la qualité de vie ne semble pas altérée.
- L'arrêt de la dialyse est une des principales causes de décès dans cette population ; cette décision fait presque toujours suite à l'aggravation de troubles somatiques ou cognitifs.

facteurs de risque d'apparition d'une démence au cours des deux premières années de dialyse sont : l'âge supérieur à 80 ans (+ 145 %), le sexe féminin (+ 12 %), l'origine (Noirs + 36 %, Asiatiques – 21 %), et la comorbidité somatique (selon les organes atteints, + 9 % à + 54 %).

Arrêt des dialyses

L'arrêt des dialyses est, au sein d'une population de dialysés adultes – tous âges confondus –, la deuxième cause de décès derrière les accidents vasculaires (22 %) aux États-Unis,¹⁸ et la première de décès (20,5 %) au sein d'une vaste cohorte de dialysés français.¹⁹ Deux études indiquent que le risque relatif d'arrêt de la dialyse est nettement plus fort chez les octogénaires. Au sein de la cohorte historique de 144 octogénaires suivis à l'hôpital Necker, les arrêts de dialyse représentaient la troisième cause de décès (16,5 %), derrière les accidents vasculaires (33 %) et les cancers (20 %) ; les décès par arrêt des dialyses sont principalement survenus chez des patients atteints de troubles cognitifs et (ou) d'une perte d'autonomie physique importante, et la discussion d'un arrêt du traitement a presque toujours été initiée par l'équipe médicale, à l'occasion d'une complication somatique intercurrente. L'interruption des dialyses par décision unilatérale d'un patient « compétent », en l'absence de complication somatique récente, est une forme de suicide ; ce cas de figure est exceptionnel dans notre expérience, y compris chez les octogénaires.

L'INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE DES OCTOGÉNAIRES, UN DÉFI ÉCONOMIQUE ET MÉDICAL

L'augmentation de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale chez les octogénaires et le vieillissement de la population rendent compte du poids important et croissant du

coût du traitement par dialyse dans cette tranche d'âge. La maîtrise des coûts de santé étant devenue le maître mot de la politique sanitaire de bien des pays, on pourrait craindre que la dialyse des patients très âgés ne devienne l'objet de restrictions. Non pas de restrictions explicites – ce dont la totalité des pays développés se défendent – mais de restrictions implicites ; les médecins qui assument la gestion de budgets globaux et d'offres de soins limitées admettent que l'âge intervient dans le choix du traitement,²⁰ et que les implications financières de la dialyse ne sont discutées qu'au sujet des patients les plus âgés.

Aucun médecin ne peut aujourd'hui, sous le poids de cette pression économique, dire que la dialyse des octogénaires est un exercice futile : les résultats sont très encourageants, aussi bien en termes de survie qu'en termes de qualité de vie.²¹ On peut même s'interroger sur le bénéfice qu'il y aurait à identifier un groupe de patients à très haut risque de décès en dialyse. Comme l'ont montré Chandna *et al.*, à partir d'une cohorte de 282 patients, ne pas mettre en route la dialyse dans un groupe de 26 patients à très haut risque de décès théorique à un an aurait eu deux effets : 1. une économie minime sur le budget de la dialyse (seulement 3,2 %) ; 2. le « sacrifice » inacceptable d'un laps de vie parfois plus long que prévu (5 des 26 patients ont en effet survécu plus de 2 ans).²²

Au niveau individuel, seuls des critères médicaux irréfutables devraient être utilisés pour conseiller de ne pas démarrer un programme de dialyse chronique. Ces critères existent (démence sévère, cancer terminal...) mais, en pratique, d'autres éléments sont associés à la décision de ne pas dialyser, tels que l'isolement social ou la prise en charge néphrologique tardive. On ne peut pas exclure que ces deux caractéristiques soient le reflet d'un rationnement implicite des soins dans cette tranche d'âge. Elles ne sont en tout cas pas invariables. Professionnels de santé et travailleurs sociaux disposent de nombreux moyens pour lutter contre l'isolement social ; leur mise en œuvre ne peut être optimisée que par une analyse individuelle approfondie du contexte social de chaque patient. Les bons résultats de la dialyse chez les octogénaires, mieux appréciés par les soignants et par le public, encourageront peut-être la prise en charge spécialisée d'un certain nombre de patients qui ne sont à l'heure actuelle soit pas adressés au néphrologue, soit adressés tardivement ; on peut espérer qu'une prise en charge néphrologique précoce des octogénaires urémiques permettra non seulement de limiter le recours au traitement conservateur, mais aussi d'améliorer leur survie en dialyse.

Enfin, en rendant la dialyse accessible aux patients les plus âgés, les néphrologues ont ouvert de nombreux champs d'investigation clinique (mesure de la qualité de vie, prise en charge des troubles cognitifs, soins palliatifs, éthique...) qui ne pourront être défrichés qu'en allant au devant d'autres intervenants, dans le cadre de réseaux multidisciplinaires de néphrogériatrie. ■

SUMMARY Dialysis therapy in end stage renal disease patients aged 80+ years

End stage renal disease (ESRD) patients aged 80+ years raise the most difficult problems with respect to indication and dialysis therapy management because of the burden of heavy comorbidity, frequent cognitive disorders and presumed short life expectancy. Some patients are withheld dialysis and follow a "conservative" treatment. However, most elderly patients are started on a chronic dialysis program and experience a substantial prolongation of life, with a satisfactory mental perception of the quality of life. Still, much remains to be done in this field: early nephrologic referral and psychosocial support should improve both the process of decision-making and the overall results of renal replacement therapy in this age group.

Rev Prat 2005 ; 55 : 2255-62

RÉSUMÉ Dialyse rénale chronique chez les personnes très âgées

La prise en charge décisionnelle et pratique de l'insuffisance rénale terminale après 80 ans est délicate du fait des fréquentes comorbidités et des troubles cognitifs des patients, et d'une espérance de vie réputée brève. Certains patients ne sont en effet pas dialysés et bénéficient d'un traitement « conservateur ». La plupart cependant commencent un programme de dialyse chronique (hémodialyse ou dialyse péritonéale), offrant une prolongation substantielle de la durée de vie et une qualité de vie satisfaisante. Ces bons résultats doivent toutefois être améliorés : la prise en charge néphrologique précoce et un soutien psychosocial actif devraient permettre de prendre les décisions thérapeutiques de façon sereine et d'améliorer les résultats de l'épuration extrarénale dans cette tranche d'âge.

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêts concernant cet article.

RÉFÉRENCES

1. Joly D, Anglicheau D, Alberti C, *et al*. Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14:1012-21.
2. Parry RG, Crowe A, Stevens JM, Mason JC, Roderick P. Referral of elderly patients with severe renal failure: questionnaire survey of physicians. *BMJ*. 1996;313:466.
3. Mendelssohn DC, Kua BT, Singer PA. Referral for dialysis in Ontario. *Arch Intern Med*. 1995;155:2473-8.
4. Sekkarie M, Cosma M, Mendelssohn D. Nonreferral and nonacceptance to dialysis by primary care physicians and nephrologists in Canada and the United States. *Am J Kidney Dis*. 2001;38:36-41.
5. Pollini J, Teissier M. [A difficult dilemma to resolve: aged patients refused for treatment by iterative hemodialysis. Ethical problem or medical choice? Reflections apropos of a questionnaire-inquiry]. *Néphrologie*. 1990;11:341-7.
6. Mignon F, Michel C, Viron B, Mentre F, Jaar B. End-stage renal diseases in patients 75 and over: a new medical, socio- economical and ethical challenge. *Eur J Med*. 1992;1:302-7.
7. Holley JL, Foulks CJ, Moss AH. Nephrologists' reported attitudes about factors influencing recommendations to initiate or withdraw dialysis. *J Am Soc Nephrol*. 1991;1:1284-8.
8. Collins AJ, Weinhandl E, Snyder JJ, Chen SC, Gilbertson D. Comparison and survival of hemodialysis and peritoneal dialysis in the elderly. *Semin Dial*. 2002;15:98-102.
9. Vonesh EF, Snyder JJ, Foley RN, Collins AJ. The differential impact of risk factors on mortality in hemodialysis and peritoneal dialysis. *Kidney Int*. 2004;66:2389-401.
10. Williams MA, Sklar AH, Burright RG, Donovick PJ. Temporal effects of dialysis on cognitive functioning in patients with ESRD. *Am J Kidney Dis*. 2004;43:705-11.
11. Peri UN, Fenves AZ, Middleton JP. Improving survival of octogenarian patients selected for haemodialysis. *Nephrol Dial Transplant*. 2001;16:2201-6.
12. Schaefer K, Rohrich B. The dilemma of renal replacement therapy in patients over 80 years of age. Dialysis should not be withheld. *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14:35-6.
13. Vandelli L, Medici G, Perrone S, Lusvardi E. Haemodialysis therapy in the elderly. *Nephrol Dial Transplant*. 1996;11:89-94.
14. Vrtovsnik F, Porcher R, Michel C, *et al*. Survival of elderly patients on peritoneal dialysis: retrospective study of 292 patients, from 1982 to 1999. *Perit Dial Int*. 2002;22:73-81.
15. Nephrology RPAASO. Shared Decision Making in the appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis. Clinical Practice Guideline Number 2. Rockville 2000.
16. Simmons RG, Abress L. Quality-of-life issues for end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis*. 1990;15:201-8.
17. Lamping DL, constantinovi N, Roderick P, *et al*. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet*. 2000;356:1543-50.
18. Neu S, Kjellstrand CM. Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *N Engl J Med*. 1986;314:14-20.
19. Birmele B, Francois M, Pengloan J, *et al*. Death after withdrawal from dialysis: the most common cause of death in a French dialysis population. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19:686-91.
20. Mallick N, El Marasi A. Dialysis in the elderly, to treat or not to treat? *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14:37-9.
21. Oreopoulos DG, Dimkovic N. Geriatric nephrology is coming of age. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14:1099-101.
22. Chandna SM, Schulz J, Lawrence C, Greenwood RN, Farrington K. Is there a rationale for rationing chronic dialysis? A hospital based cohort study of factors affecting survival and morbidity. *BMJ* 1999; 318 :217-23.